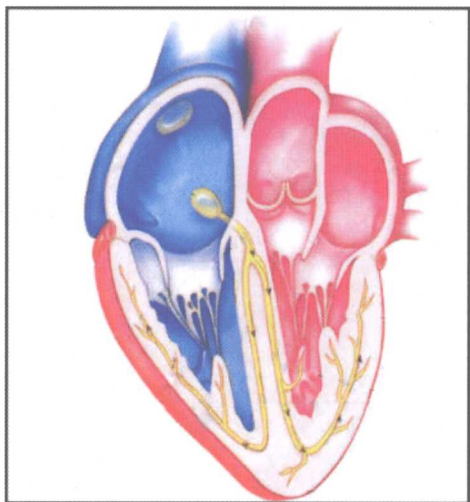




心血管疾病防治 指南和共识2008

中国医师协会心血管内科医师分会
中国老年学学会心脑血管病专业委员会
中国医师协会循证医学专业委员会

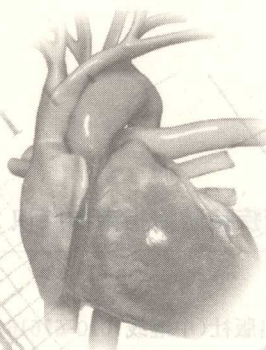


人民卫生出版社

图并表附录(CIP) 2008

心血管疾病

防治指南和共识2008



编委会 中国医师协会心血管内科医师分会
中国老年学学会心脑血管病专业委员会
中国医师协会循证医学专业委员会

主编 胡大一

副主编 霍勇 马长生 张运 韩雅玲
林曙光 雷寒 王乐民 杨跃进

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心血管疾病防治指南和共识 2008/胡大一主编.
—北京: 人民卫生出版社, 2008. 10
ISBN 978-7-117-10681-8

I. 心… II. 胡… III. 心脏血管疾病-防治
IV. R54

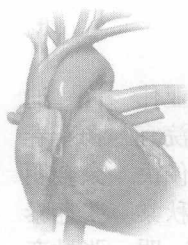
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 154007 号

心血管疾病防治指南和共识 2008

主 编: 胡大一
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)
地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮 编: 100078
网 址: <http://www.pmph.com>
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
印 刷: 北京人卫印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 850×1168 1/32 印张: 7.75 插页: 1
字 数: 142 千字
版 次: 2008 年 10 月第 1 版 2008 年 10 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-10681-8/R·10682
定 价: 28.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



编委会专家(按汉语拼音排序)

安毅	白春学	博力杨	布艾加尔	蔡迺绳	曹悦鞍	陈海平
陈红	陈君柱	陈可冀	陈鲁原	陈绍良	陈香美	陈玉国
陈韵岱	陈肇文	成蓓	程能能	程蕴琳	迟家敏	迟静茹
初少莉	邓又斌	丁荣晶	董吁钢	杜金行	杜思德	杜昕
杜志民	范维琥	方宁远	冯丰	冯明	付军	付志方
傅国胜	傅向华	盖鲁粤	甘立平	高德谦	高海青	高炜
高秀荣	葛均波	顾复生	光雪峰	郭静萱	郭来劲	郭妍
郭艺芳	郭寅	郭志刚	韩玲	韩雅玲	郝伟	何秉贤
何青	何兆初	贺茂林	洪昭光	侯鉴君	胡大一	胡申江
胡桃红	华琦	黄从新	黄峻	黄岚	黄若文	黄振文
霍勇	季福绥	姜一农	姜垣	柯元南	寇文镕	朗森阳
雷梦觉	李帮清	李广铤	李广平	李宏伟	李虹伟	李建军
李觉	李敏	李明扬	李木壤	李瑞杰	李为民	李小鹰
李艳芳	李勇	李占全	李治安	廖玉华	林江涛	林金秀
刘朝中	刘承云	刘力生	刘梅林	刘森冰	刘文娟	陆国平
陆宗良	吕树铮	栾荣华	马爱群	马长生	马根山	马依彤
米树华	牛玉坚	潘长玉	戚本玲	戚文航	齐国先	祁芸云
祁哲	秦明照	屈百鸣	邵伟庆	沈璐华	舒先红	宋京中
宋治远	孙美珍	孙宁玲	孙艺红	孙英贤	唐海沁	唐红
唐强	唐新华	陶贵周	陶军	田慧	田家伟	万征
汪芳	王凤玲	王广	王国杨	王浩	王继光	王建安
王建昌	王捷	王文	王文健	王新房	王拥军	王永炎
王志刚	韦南	吴秀萍	吴旻	吴造中	吴兆苏	吴宗贵
武建英	武剑	溪东珠	夏云峰	向小平	项美香	肖丹

谢鸿发	项志敏	徐 标	徐成斌	徐亚伟	许 迪	许顶立
许玉韵	严晓伟	颜学伟	阳江权	杨浣宜	杨新春	杨跃进
叶 平	殷伟贤	尹立雪	于 波	于俊民	余金明	余振球
袁 洪	袁祖贻	曾春典	曾启桢	曾秋棠	张存泰	张福春
张桂珍	张怀勤	张进虎	张 军	张 明	张勤奕	张抒扬
张廷杰	张维忠	张一娜	张宇清	张 运	赵 冬	赵 峰
赵 锋	赵水平	赵玉生	郑法雷	郑知刚	智 光	周京敏
周晓芳	周颖玲	周玉杰	朱国英	朱建华	朱 俊	朱文玲
朱晓法	邹阳春					

共识起草专家及学术秘书(按汉语拼音排序)

边 红 丁荣晶 杜 昕 郭艺芳 柯元南 李帮清 刘梅林
马长生 齐国先 孙艺红 王继光 朱天刚

《ACC/AHA/HRS2008 年心脏节律异常器械治疗指南》

美国心脏病学会/美国心脏协会实践指南工作组的报告(编写委员会关于 2002 年 ACC/AHA/NASPE 置入性心脏起搏器和抗心律失常器械指南的更新)与美国心胸外科协会和美国心胸外科学会合作开展

中国医学科学院阜外心血管病医院
心律失常诊治中心 译

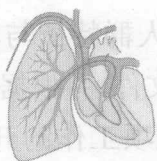
翻译人员

牛红霞 丁立刚 王靖 李晋新

审校

华伟 张澍

序



心血管疾病严重危害着人类健康,现已成为人类致死致残的首要原因。近年来,虽然我们在心血管疾病防治方面开展了大量工作,但其形势依然严峻,包括我国在内的许多国家与地区心血管疾病的发病率反而呈现持续上升的趋势。因此,在未来相当长的一个历史阶段内,慢性疾病特别是心脑血管疾病的防控仍将是我国医疗预防工作的重中之重。做好心血管疾病的防控,对于提高全人类健康水平具有深远意义。

近年来,随着循证医学模式的逐渐建立与完善,为我们更为客观规范地预防与治疗疾病提供了有力依据。为更好地规范心血管疾病的防治方法,国内外相关学术机构以最新获取的循证医学研究证据为基础制订并颁布了一系列心血管疾病防治指南、专家共识或诊疗建议,对于规范临床医疗实践起到了巨大的促进作用,并已成为临床医师日常工作的重要依据。随着新证据的不断积累,人们对心血管疾病的预防及诊疗方法的认识也逐渐深入,因此上述指南或共识文件也将得到周期性修订,以期将最新的研究结果和证据及时应用于临床,更好地为患者服务。

近年来,《长城国际心脏病学大会》组委会会同其他



序

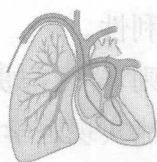
学术机构组织国内知名专家,以国内外最新研究结果为基础,并结合我国心血管疾病的人群特征与流行病学特点,相继出台了一系列专家共识文件,并根据相应领域的研究进展情况予以适时更新。这项工作的开展与推进,对提高我国心血管疾病的防治水平正在发挥着日益重要的作用。

2006年第17届“长城国际心脏病学大会”期间首次编辑发行《心血管疾病防治中国专家共识》“口袋书”以后,在我国心血管及相关专业医务人员中引起了热烈反响与好评。2007年第18届“长城国际心脏病学大会”期间此系列丛书第二次发行,引起了更为广泛的关注。为及时跟进本领域的研究进展并将最新的诊疗理念呈现给读者,我们出版了《心血管疾病防治指南和共识 2008》。相信这套共识文件对我国心血管疾病的规范化、科学化与现代化诊断和治疗将起到更大的推动作用。

中国医师协会常务副会长兼秘书长

杨 镜

2008年9月



前言

近半个世纪以来,医学技术水平有了令人瞩目的提高,概括地讲,医学技术的发展主要表现在两个方面:一是随着流行病学基础与临床研究工作的逐渐深入,我们对多种疾病的本质有了更为深刻的认识,其预防、诊断与治疗理念不断更新;二是大量新的诊疗技术、设备与药物相继问世,为疾病的防治提供了更多可供选择的手段。这两方面的进步,为我们更好地防病治病奠定了基础。在此形势下,如何更好地贯彻新的防病治病理念,如何科学规范、合理地应用这些新技术是我们必须认真面对的一个课题。

毋庸置疑,科学的发展为人类进步所必需,医疗技术水平的提高是我们战胜疾病的重要保障。然而,如果这些新技术、新设备、新药物被不规范应用则可能会适得其反,甚至会给患者带来不良影响。我们需要高举公益、规范、预防和创新这四面旗帜,确保医疗卫生事业健康有序的发展。

公益——从医学诞生之日起,“治病救人、救死扶伤”就是永恒的主题,医学先哲希波克拉底的誓言应成为每一位医务工作者的行为准则。医学是一项公益事业,因



此无论各级政府、医疗机构还是每一位医务人员均应共同努力,维护其公益本质,拒绝逐利性。

规范——坚持循证医学的原则,学习与贯彻指南,规范应用各种新诊疗技术与药物才能实现医学科技成就的价值,而不能合理地使用任何诊断或治疗方法将给患者带来不必要的经济或心理负担,甚至危害其健康。在2007年美国ACC年会上,大会主席Dove教授曾指出:“我们有责任为患者与社会解决健康问题。医生的首要职责是做患者的守护神,除了为患者开处各种化验、检查、药品外,医生更要审慎地权衡每种诊疗手段的获益与风险。”因此,加强医学教育与行政管理,规范各种医疗行为,尤其是避免过度检查与过度治疗,应是目前工作的一个重点。

预防——早在两千多年前,《素问》、《内经》等经典著作中就提出“圣人不治已病治未病”的观点。至唐代,孙思邈对此作了更为系统的总结,指出“上医医未病之病,中医医欲病之病,下医医已病之病”,“消未起之患,治病之疾,医之于无事之前”。这些论点充分体现了我国传统医学中对疾病早期防治的重视。在医学技术高度发达的今天,我们更需秉承这一理念,将包括心血管病在内的各种疾病的防线前移,积极做好“上游防治”。但不可否认的是,在现行临床实践中,我们将更多的人力物力投入在了疾病的终末期治疗,却在很大程度上忽视了疾病的源头防治与早期防治。这一现状不改变,就不可能从根本



上扭转看病难、看病贵的被动局面。

创新——创新是科学不断发展的源泉，没有创新就没有医学事业的进步。我们只有不懈探索医学新知，才能更为深入地认识疾病发生发展的规律，才能不断研发新型诊疗设备与药物，才能使各种疾病的防治策略日臻完善。

加强医学教育是我国医学事业中另一个需要关注的问题。从社会层面来讲，我国仍处于经济体制的转型期；从医学层面讲，我们则处于由经验医学模式向循证医学模式的转型期。这一特殊的背景对我国的医学教育产生了很大影响，这主要表现在以下三个方面：①对广大临床医生的人文教育关注不够。良好的人文素养是上医之本，如果一位医生缺乏必要的医学伦理观念，很难真正做到全心全意为患者服务。从另一方面讲，医学所服务的核心是人，对患者的人文关怀是医学的灵魂，缺乏人文关怀的医学不能称其为真正的医学。②医生只有坚守在临床第一线、认真了解患者病情并密切观察其病情演变，才能及时恰当地作出诊疗决策。③新诊疗设备与技术的广泛应用对于提高临床诊疗水平固然重要，但并不能取代医生的临床基本功。对于多数心血管疾病患者，医生通过认真地询问病史与体格检查即可作出准确诊断。对于少数不能确诊的患者，心电图、X线检查、心脏超声、心电图运动试验等价廉且无创的常规检查手段多可提供有诊断价值的信息。只有很少数患者真正需要高档CT、磁



前 言

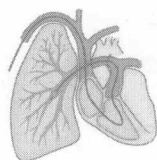
共振、核素检查以及冠状动脉造影等价格昂贵的检查措施。在我国现行临床实践中,临床医生对于这些辅助检查的依赖性越来越大,为患者增加了不必要的经济负担。因此我们应重新加强针对临床医生的“三基三严”培训,着力提高其基本理论、基本操作与基本技能水平,为患者提供质优价廉的医疗服务。

经过近一年的努力工作,由“长城国际心脏病学会议”组委会与其他相关学术机构组织国内专家编纂完成了《心血管疾病防治指南和共识 2008》。这套共识充分融入了近期新公布的大量循证医学证据,最大程度地反映了相关疾病的最新诊疗进展。更为重要的是,这些文件还在一定程度上体现了公益、规范、预防与创新的基本思想以及回归人文、回归临床、回归“三基三严”的核心理念。衷心希望本共识系列能对广大临床医生的日常工作起到有益的指导作用,更好地为患者服务,为人类健康造福。

中国医师协会心血管内科医师分会 会长

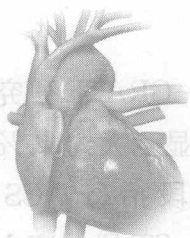
胡大一

2008年9月



目 录

一、急性冠状动脉综合征非血运重建患者的 抗血小板治疗中国专家共识(草案)·····	1
二、苯磺酸氨氯地平临床应用中国专家建议书 (征求意见稿)·····	27
三、血脂康胶囊临床应用中国专家共识·····	46
四、心血管医生临床戒烟实践中国专家共识·····	63
五、动脉功能无创检测临床意义评价 中国专家共识·····	104
六、超声心动图临床应用价值中国专家 共识(初稿)·····	120
七、新型的调脂植物药——多廿烷醇临床应用 中国专家共识·····	146
八、老年高血压的诊断与治疗 2008 中国专家 共识要点·····	162
九、急性 ST 段抬高心肌梗死溶栓治疗 中国专家共识(修订版)·····	183
十、ACC/AHA/HRS 2008 年心脏节律异常 器械治疗指南·····	204



一、急性冠状动脉综合征非血运重建患者的抗血小板治疗 中国专家共识(草案)

(一) 急性冠状动脉综合征患者治疗的现状

急性冠状动脉综合征(ACS)患者的住院死亡率和远期死亡率分别为6%和12%。近年来,ACS治疗领域的临床研究和循证证据越来越丰富,指南推陈出新。但是临床实践与指南仍然存在很大差距。首先,大规模临床研究排除了合并多种疾病的患者,而其中很多是高危患者;其次,受到各种因素的影响,并非所有患者均能接受指南推荐的最佳治疗策略。尽管血运重建治疗对高危ACS患者优于药物治疗,但相当一部分患者没有接受血运重建。并且这些ACS患者的药物治疗也较差。本共识的目的是强化和规范未进行血运重建治疗的ACS患者的抗血小板治疗,治疗建议只适用于采取药物治疗的ACS患者。



全球最大的 ACS 注册研究——GRACE 研究(Global Registry of Acute Coronary Events)显示大约 40% 的 ACS 患者没有进行导管检查,非 ST 段抬高 ACS(NSTE ACS)患者 32.5% 接受了 PCI 治疗,ST 段抬高心肌梗死(STEMI)患者介入治疗的比例为 53.7%。其中,低危 ACS 患者接受 PCI 治疗的比例(40%)明显高于中危和高危患者(分别为 35% 和 25%),冠脉造影为三支病变的患者中 25% 没有进行血运重建。GRACE 研究中国亚组分析提示所有 ACS 患者接受介入治疗的比例不足 50%,不稳定心绞痛患者高于 NSTEMI 患者。

多项注册研究显示非血运重建治疗的 ACS 患者接受指南推荐药物治疗的情况很不理想。REACH 是一项全球 40 个国家参与的冠心病患者治疗情况的门诊调查,其中 PCI、CABG 和药物治疗的比例约各占三分之一。药物治疗的患者主要为高龄和女性患者,正在使用指南建议药物治疗的比例均明显低于血运重建患者,包括双重抗血小板治疗。可能的原因是介入术中和术后的用药更容易被患者接受并长期坚持,如置入药物洗脱支架(DES)后的双重抗血小板药物;血运重建患者对疾病的认知度较高,更重视疾病和长期治疗。此外,心血管专科医生对药物治疗患者的关注要少于介入治疗患者。

中国的治疗现状与国外有很多相似之处。CPACS(The Clinical Pathways for Acute Coronary Syndrome in China)研究登记注册了 2004~2005 年,18 个省市 51



家医院的 2973 例患者,STEMI 患者和 NSTEMI ACS 患者分别占 43%和 57%。结果显示无论是三级医院还是二级医院,对 ACS 患者的干预和治疗均没有采用危险分层。STEMI 患者急性期再灌注治疗的比例较低:就诊于有导管室的医院的患者 36%接受了再灌注治疗(12 小时内),无导管室的医院为 31%,而直接 PCI 的比例仅分别为 16.3%和 6.6%。根据 GRACE 评分进行分层后发现,患者是否接受导管检查和介入干预与危险评分成反比,高危、中危和低危的患者接受介入治疗的比例分别为 27.5%、44.5%和 44.4%。治疗药物中,阿司匹林的使用率超过 95%,氯吡格雷的使用率在三级医院为 63%,在二级医院仅为 36.5%。

另外一项在全国 32 家医院进行的 TREAD 研究(Registry of TReatment Guideline ADherence in Non-PCI treated Non-STEMI ACS)登记注册出院诊断为 NSTEMI ACS 而入院时未接受 PCI 治疗的患者。初步分析显示,多数 NSTEMI ACS 患者使用了阿司匹林,但近半数患者入院 24 小时内使用了氯吡格雷,正确使用负荷剂量氯吡格雷 300mg 的比例极低(20%)。出院时所有患者使用指南推荐的治疗药物均较住院期间下降,双重抗血小板治疗的比例为 42%。在中国,ACS 患者的诊断、危险分层和治疗均较指南有很大差距。

影响 ACS 患者治疗决策的因素很复杂,包括社会、经济、患者和医院等因素。



首先,医院的资源是决定 ACS 患者是否进行血运重建的重要因素,配备有导管室的三级医院进行 PCI 和 CABG 的比例较高。

其次,ACS 的治疗决策是很复杂的临床问题,很多医生在决定患者是否进行 PCI 时,更多根据血管造影的解剖特点,而没有常规对患者进行危险分层来决策治疗。随着患者临床情况的不断变化,其危险程度也在不断变化。

第三,部分 ACS 患者没有得到及时正确的诊断,近 1/10 的 ACS 患者没有胸痛,可表现为晕厥/晕厥前兆、恶心、呕吐、呼吸困难,甚至无症状,其中近 1/4 被误诊。一部分 ACS 患者表现为典型心力衰竭,被误认为是急性心力衰竭,接受导管检查和介入治疗的比例很低, β 受体阻滞剂和他汀的使用较少。

第四,CRUSADE 研究发现,大约有 25% 的患者存在介入治疗禁忌证,最常见的是合并内科疾病,如肾功能不全。此外,高龄、女性、慢性肾衰竭、糖尿病、心力衰竭或心力衰竭病史的患者接受血运重建治疗的比例较低。另外,社会经济水平较低的患者进行介入治疗也较少。

总之,ACS 患者的治疗决策受到就诊医院条件、临床情况、经济条件等多种因素的影响。无论是临床试验还是临床实践均提示部分高危 ACS 患者没有接受血运重建治疗,这些患者往往是高龄或合并多种疾病,如肾功能不全和心力衰竭,同时药物治疗也明显不足。我们应



该强调对 ACS 患者进行危险分层,同时对药物治疗的患者加强有指南推荐的药物治疗。

(二) 急性冠状动脉综合征非血运重建患者的抗血小板治疗建议

2007 年,ESC 和 ACC/AHA 分别发布了 NSTEMI/ACS 指南和部分更新的 STEMI 治疗指南。基于近年来关于早期介入治疗的大量研究,指南的重要变化之一是将 NSTEMI/ACS 患者的治疗策略分为早期介入治疗和早期保守治疗。早期介入治疗可以理解为数小时或 2~3 天内进行介入治疗。早期介入治疗能够降低高危患者的心绞痛复发、远期死亡率和心肌梗死再发。临床实践中,由于较为复杂的原因导致很多高危 ACS 患者并没有进行早期介入治疗。除了低危患者无需血运重建外,未接受血运重建治疗的患者可能包括以下几种情况:①没有正确进行危险分层,未及时识别出的中危和高危患者;②因医院条件或患者的意愿而没有进行冠状动脉造影,包括接受溶栓治疗 STEMI 患者;③冠状动脉造影发现冠状动脉病变不严重;④冠状动脉造影发现冠状动脉病变严重,但是拒绝或不能进行血运重建治疗。

为了改善这一状况,首先应根据患者的病史、症状、心电图、生物标志物综合评价 ACS 患者的危险程度。并根据临床情况对患者的危险程度进行动态评估。观察 12 导联心电图的变化(初诊及 10 分钟、6 小时、24 小时后和出